

amont de leur insertion distale, l'insertion de l'aiguille ne dépassait pas 1 cm de profondeur. Pendant toute la procédure, une traction est réalisée manuellement sur le membre inférieur jusqu'à la rupture de l'IJ ténatomisé. La durée totale du geste est de 30 à 40 minutes.

La tolérance du geste, une évaluation fonctionnelle et goniométrique de l'extension passive du genou a été réalisée avant le geste, immédiatement après et trois mois après.

Résultats.— Il y avait 14 ténotomies, l'âge moyen de 77 ans, quatre patients ont été traités sur de façon bilatérale. Le flessum était de $95^\circ (\pm 21^\circ)$ avant la prise en charge de $47^\circ (\pm 22^\circ)$ après soit un gain moyen de $47^\circ (\pm 20^\circ)$ ($p = 0,001$). Les objectifs (11 améliorations de l'installation lit et fauteuil, trois améliorations du nursing) ont tous été atteints et se sont maintenus à trois mois.

Discussion et conclusion.— Cette nouvelle technique, simple rapide et peu invasive, permet diminuer le flessum de genou et ses conséquences fonctionnelles pour des patients lourdement handicapés et fragiles.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.982>

CO15-006-f

Facteurs conditionnant l'amélioration de la préhension chez le cérébrolésé après un programme chirurgical a priori non fonctionnel

B. Coulet^{*}, F. Coroian, Y. Van Ray, I. Laffont

Service de chirurgie de la main et du membre supérieur, chirurgie des paralysies, CHU Lapeyronie, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier, France

^{*}Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bertrand-coulet@wanadoo.fr

Objectifs.— Un programme chirurgical « non fonctionnel » du membre supérieur chez le cérébrolésé (CNFMSC) se limite à des objectifs hygiéniques, esthétiques et de facilitation du « nursing ». Dans 40 % des cas, nous observons en plus un gain fonctionnel avec la restitution d'une pince rudimentaire. L'objectif de ce travail est de préciser les facteurs préopératoires conditionnant ce bénéfice fonctionnel.

Patients et méthode.— Notre série rétrospective compte 42 patients cérébrolésés, 35 d'origine vasculaire et sept post-traumatiques d'âge moyen 45,8 ans et opérés en moyenne à 7,8 ans. Leur membre supérieur était initialement non fonctionnel avec un score de Fugl-Meyer (FM) distal moyen de 1,2/24, et une préhension unimanuelle classée selon House 0 ou I. Les programmes chirurgicaux étaient superposables :

- Transfert des Fléchisseurs Superficiels des Doigts sur les Profonds, ténotomie d'allongement du Long Fléchisseur du Pouce ;
- 27 ténodèses des extenseurs du poignet au radius et 11 arthrodèses raccourcissantes du poignet ;
- huit neurotomies de la branche profonde du nerf ulnaire pour spasticité des intrinsèques identifiés en préopératoire et sept ténotomies des intrinsèques pour rétraction.

Deux groupes ont été individualisés secondairement, 25 patients sans amélioration de la préhension et 17 ayant vu apparaître une préhension rudimentaire.

Résultats.— En cas de gain fonctionnel, une étiologie vasculaire était plus fréquente (14/17), un délai depuis la lésion plus court 3,8 ans (contre 4,5). La motricité résiduelle de l'épaule et du coude était dans tous les cas présente avec un FM proximal moyen à 22,4/66 contre 10/66 dans l'autre. Aucune spasticité importante des intrinsèques ayant nécessité une neurotomie ulnaire. Une commande volontaire du LFP présente dans 69 % des cas.

Dans le groupe fonctionnel, après correction de la main le FM proximal augmente traduisant un gain pour l'épaule et le coude.

Discussion.— Un programme de CNFMSC donne dans la majorité des cas satisfaction en remplissant les objectifs esthétiques, hygiéniques et de nursing. Notre étude montre que l'apparition d'une préhension rudimentaire pollicio-digitale est possible en cas de cérébrolésions d'origine vasculaire, opérées précocement, avec une motricité proximale conservée et sans spasticité intrinsèque. La réalisation d'une neurotomie ulnaire compromet la fonction. Leur évaluation préopératoire par blocs moteurs est essentielle.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.983>

CO15-007-f

Facteurs prédominants des déficiences motrices dans la parésie spastique de l'adulte : infantile vs acquise

C. Van Reeth^{*}, C. Pauwels, N. Bayle, C.-M. Loche, J.-M. Gracies

Unité de neurorééducation, service de médecine physique et de réadaptation, groupe hospitalier Henri-Mondor, AP-HP, 50, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94000 Créteil, France

^{*}Auteur correspondant.

Adresse e-mail : celine.vanreeth@ach.aphp.fr

Mots clés : Parésie spastique ; Parésie infantile ; Limitations motrices ; Spasticité ; Longueurs musculaires ; Amplitudes actives

Objectif.— Comparer les longueurs musculaires, degrés de spasticité et amplitudes actives entre les syndromes parétiques de l'adulte liés à des lésions infantiles et ceux liés à des lésions acquises.

Méthodes.— Type d'étude : Étude transversale sur revue rétrospective de dossiers d'une consultation de neurorééducation.

Population : Deux groupes de patients adultes appariés sur l'âge, avec une parésie liée à une lésion infantile (LI, $n = 11$) et à une lésion acquise (LA, $n = 11$).

Évaluations : Longueurs musculaires, angles de ressaut, angles de spasticité (Échelle de Tardieu), amplitudes actives maximales et angles de faiblesse sur les muscles soléaire, jumeaux, grand fessier, ischio-jambiers, vastes et droit antérieur, lors de la première consultation (pré-toxine) par un examinateur unique.

Résultats.— Le groupe LI était caractérisé par des longueurs musculaires plus diminuées sur les grands fessiers (LI, $101 \pm 5^\circ$, LA, $120 \pm 5^\circ$, $p < 0,05$, t -test) et les ischio-jambiers (LI, $31 \pm 7^\circ$ vs LA, $63 \pm 5^\circ$, $p < 0,01$), des angles de spasticité plus faibles sur les ischio-jambiers (LI, 19 ± 4 vs LA, $42 \pm 7^\circ$, $p < 0,05$) et des angles de faiblesse moins importants sur l'ensemble des muscles étudiés ($p < 0,05$, Wilcoxon).

Discussion.— Les déficiences motrices dans les parésies infantiles sont d'ordre plus mécanique (rétractions musculaires) et moins neurologique (angles de spasticité et de faiblesse) que dans les parésies par lésions acquises.

Pour en savoir plus

Alhusaini AA, Crosbie J, Shepherd RB, Dean CM, Scheinberg A. Mechanical properties of the plantarflexor musculotendinous unit during passive dorsiflexion in children with cerebral palsy compared with typically developing children. *Dev Med Child Neurol* 2010;52(6) :e101–6

Barber L, Hastings-Ison T, Baker R, Barrett R, Lichtwark G. Medial gastrocnemius muscle volume and fascicle length in children aged 2 to 5 years with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2011;53(6):543–8.

Gracies JM. Pathophysiology of spastic paresis. I: Paresis and soft tissue changes. *Muscle Nerve* 2005;31:535–51.

Gracies JM. Pathophysiology of spastic paresis. II: Emergence of muscle overactivity. *Muscle Nerve* 2005;31:552–71.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.984>

Oral communications

English version

CO15-001-e

Proposal guidelines for the medical and/or surgical interdisciplinary management of the equinovarus spastic foot among hemiplegic patients

T. Deltombe^{a,*}, T. Gustin^b, P. De Cloedt^c, P. Lenfant^c, M. Fostier^d, M. Osseman^e, R. Collard^a, M. Leeuwerck^a, F. Peret^a, N. Vandenbroeck^a, P. Hanson^a

^a Consultation de la spasticité, service de médecine physique & réadaptation, CHU UCL, Mont-Godinne-Dinant, 1, avenue Therasse, 5530 Yvoir, Belgium

^b Service de neurochirurgie, France

^c Service de chirurgie orthopédique, France

^d Service d'anesthésiologie, France

^e Service de neurologie, France

^{*}Corresponding author.

E-mail address: thierry.deltombe@uclouvain.be